NOBIS ASSICURAZIONI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER:

SPESE MEDICHE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL/DAY SURGERY E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE; RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE IN CASO DI PARTO FISIOLOGICO, PARTO CESAREO O ABORTO TERAPEUTICO; DIARIA SOSTITUTIVA; RETTA ACCOMPAGNATORE; SPESE EXTRA-RICOVERO PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE; SPESE PER CURE FISIOTERAPICHE; SPESE PER LENTI CORRETTIVE O A CONTATTO; SPESE DI LONG TERM CARE; SPESE PER CURE DENTARIE.

Salute Persona Comfort

DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO: MODELLO AVBG.2023–2023.001 – EDIZIONE 01.11.2023

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

a) Dip Base;
b) Dip Aggiuntivo;
c) Glossario;
d) Condizioni di assicurazione;

che devono essere consegnati al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

Documento redatto secondo le linee guida del tavolo tecnico ANIA – Associazioni dei consumatori – Associazioni intermediari – per "Contratti semplici e chiari".

GRUPPO NOBIS

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. **Prodotto: Salute Persona Comfort**

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è registrata in Italia ed autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 03 novembre 1993 n. 258). È iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete, relative al prodotto, sono fornite nel seguente documento:

- Set informativo

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Il pacchetto Comfort propone una serie di garanzie preposte alla tutela dell'Assicurato in caso di evento conseguente a malattia o infortunio e si compone delle seguenti garanzie: Spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico – Day hospital/Day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale, Spese mediche in caso di parto fisiologico/cesareo e aborto terapeutico, Diaria sostitutiva, Retta accompagnatore, Spese extra-ricovero - accertamenti diagnostici e visite specialistiche, Spese per cure fisioterapiche, Spese per lenti correttive o a contatto, Spese di Long term care e Spese per cure dentarie.

CHE COSA È ASSICURATO?

COPERTURE:

✓ **Spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital/day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale**

LL'Impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, un rimborso per le spese sostenute per cure necessarie e conseguenti a "Spese pre-ricovero, Spese durante il ricovero e Spese post-ricovero" presso Istituti di cura.
S'intendono incluse nella garanzia le seguenti spese:

- Spese pre-ricovero: visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici);
- Spese sostenute durante il ricovero: accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, assistenza infermieristica ed ostetrica, terapie, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, onorari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, rette di degenza;
- Spese post-ricovero: visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (solo in caso d'Interventi Chirurgici), cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento chirurgico.

L'Impresa riconosce un rimborso fino a euro 100.000,00 per sinistro e per anno.

✓ **Rimborso delle spese mediche in caso di parto fisiologico, parto cesareo e aborto terapeutico**

L'impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, un rimborso a seguito di spese sostenute per parto fisiologico, parto cesareo e aborto terapeutico.

L'Impresa riconosce un rimborso fino a euro 5.000,00 per sinistro.

✓ **Diaria sostitutiva**

L'impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, un'indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero - con o senza intervento chirurgico, compreso il parto e l'aborto terapeutico - qualora le prestazioni siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. Resta espressamente inteso che la presente garanzia opererà unicamente per le prestazioni oggetto di copertura assicurativa ai sensi dei Capitoli 1 e 2 della Sezione III.

L'Impresa riconosce un'indennità giornaliera pari a euro 100,00 per ogni giorno di degenza e per un massimo di 60 giorni per sinistro e annualità assicurativa. Sono inoltre riconosciute le Spese "pre-ricovero" e "post-ricovero" come sopra descritto nel Capitolo 1 della Sezione III "Spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico, Day hospital/Day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale" senza l'applicazione di Scoperto/Franchigie.

✓ **Retta accompagnatore**

L'impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, un'indennità forfettaria nei confronti dell'accompagnatore relativa alle spese per il vitto e pernottamento, per ogni giorno di ricovero del titolare della polizza in Istituto di cura o Struttura alberghiera.

L'Impresa riconosce un'indennità giornaliera pari a euro 100,00 per ogni giorno di degenza e per un massimo di 30 giorni per evento.

✓ **Spese extra-ricovero – accertamenti diagnostici e visite specialistiche**

L'impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, un rimborso per le spese extra-ricovero quali "accertamenti diagnostici" o "visite specialistiche".
S'intendono incluse nella garanzia:

- Accertamenti diagnostici;
- Onorari medici per visite specialistiche;
- Assistenza Infermieristica domiciliare.

L'Impresa riconosce un rimborso fino a euro 5.000,00 per sinistro.

✓ **Spese per cure fisioterapiche**

L'impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, un rimborso per le spese sostenute per trattamenti di fisioterapia e trattamenti di riabilitazione. S'intendono incluse le sedute di osteopatia, agopuntura e chiropratica a condizione che vengano effettuate da medici specialisti autorizzati, iscritti al relativo Albo professionale e con la relativa abilitazione professionale.

L'Impresa riconosce un rimborso fino a euro 750,00 per sinistro e per anno a condizione che i trattamenti siano effettuati presso la Rete di strutture convenzionate con "OneNet".

✓ **Spese per acquisto lenti correttive o a contatto**

L'impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, un rimborso per le spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive o a contatto conseguenti a documentata modifica del visus.

L'Impresa riconosce un rimborso fino a euro 100,00 per sinistro. Detto importo dovrà essere considerato il limite massimo d'indennizzo per sinistro, a prescindere dal numero di lenti oggetto di acquisto.

✓ **Spese di long-term care**
L'impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, un'indennità forfettaria per le spese di long-term care.
La presente garanzia si intende operante qualora l'Assicurato non risulti autosufficiente e permanentemente incapace di svolgere almeno 4 dei 6 atti "elementari" della vita quotidiana che seguono:

- lavarsi o mantenere una corretta igiene personale - la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
- vestirsi o svestirsi - la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato, per la parte superiore o inferiore del corpo;
- nutrirsi - la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
- andare in bagno - la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
- muoversi - la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
- spostarsi - a capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

L'Impresa riconosce un'indennità forfettaria di euro 10.000,00.

✓ **Spese per cure dentarie**
L'impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, un rimborso per le spese sostenute a seguito di "*Prestazioni odontoiatriche di emergenza*" e "*Prestazioni odontoiatriche di prevenzione*".

L'Impresa riconosce un rimborso fino a euro 1.000,00 per sinistro e per anno.
Il rimborso verrà erogato a condizione che le prestazioni effettuate rientrino nell'elenco di visite dettagliatamente descritte in tabella al Capitolo 10 della Sezione III "Spese per cure dentarie" e che siano effettuate presso la Rete di strutture convenzionate con "One net".

CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione del contratto abbiano un'età pari o superiore a 65 anni, fermo restando che l'assicurazione rimane in vigore per i soggetti già assicurati prima del raggiungimento del limite di età.
  Resta inteso tra le parti che la presente copertura assicurativa non potrà essere rinnovata al momento della prima scadenza contrattuale successiva al compimento dei 70 anni di età da parte del Contraente/Assicurato.
- ✗ Non sono assicurabili le persone affette al momento della stipulazione della polizza da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS. Resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Impresa di corrispondere un indennizzo.
- ✗ Non sono assicurabili le persone giuridiche, i soggetti non residenti in Italia e i soggetti non dipendenti da Azienda convenzionata con AON.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ESCLUSIONI GENERALI:

Le coperture offerte dal presente contratto non sono operanti per:

! ddolo del Contraente-Assicurato o del beneficiario;
! delitti dolosi compiuti o tentati dal Contraente-Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
! incidente di volo, se il Contraente-Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
! gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e relative complicanze, conseguenze dirette e indirette;
! le prestazioni non correlate dall'indicazione della diagnosi accertata o presunta e della data d'insorgenza;
! le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciate durante il periodo di validità della stessa;
! le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica), i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
! logopedia;
! le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta), nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
! le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
! le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
! i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale e sperimentale;
! qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;
! gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
! gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
! le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
! gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
! gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
! gli Infortuni occorsi durante la manipolazione di materiale pirotecnico e/o uso o produzione di esplosivi anche come attività non professionale e/o durante il trasporto e/o l'utilizzo e/o l'assemblaggio di armi bianche;
! gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
! le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
! le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
! le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
! applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
  a. a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
  b. a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
  c. a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
! le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 1 anno assicurati dalla nascita;
! le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
! i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
! le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico e Day Surgery;
! i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e Infortunio;
! le spese relative a prestazioni di chiropratica e agopuntura;
! i Ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri);
! le spese sostenute a fronte di espianto qualora l'Assicurato sia il soggetto donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti;
! cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
! le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento. (esclusione non operante per la garanzia prevista al capitolo "Long term care").

DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione vale per il mondo intero.

CHE OBBLIGHI HO?

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni non reticenti, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, tutti i cambiamenti che comportano una modifica del rischio. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti o l'omessa comunicazione delle modifiche del rischio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita, parziale o totale, del diritto dell'Indennizzo.

Il Contraente ha altresì l'obbligo di pagare il premio al fine di determinare l'operatività della copertura assicurativa.

Il Contraente, in caso di sinistro, deve mettere a disposizione dell'Impresa tutta la documentazione necessaria alla verifica del caso.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento, per il tramite del Contraente, del premio che è determinato per periodi di assicurazione annuale. Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

Il pagamento potrà avvenire per tramite dell'Intermediario oppure direttamente all'Impresa.

L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettato dall'eventuale intermediario comunque inteso.

Il premio annuale è quantificato in base alla fascia d'età dell'Assicurato. Il premio sarà calcolato per ciascun Assicurato inserito in copertura e verrà adeguato automaticamente al passaggio da una fascia di età a quella successiva.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il contratto di assicurazione ha una durata annuale. In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti all'altra entro 30 giorni dalla scadenza annuale, a mezzo raccomandata AR o p.e.c., il contratto di assicurazione s'intende rinnovato tacitamente per un anno e così alle successive scadenze.

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Il presente contratto prevede il diritto di ripensamento, che potrà essere esercitato entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza.

Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto:

1. di scegliere di ricevere e di trasmettere il Set Informativo e la documentazione di cui al Capo III del Regolamento IVASS n. 40/2018 su supporto cartaceo o su altro supporto durevole;
2. di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della documentazione di cui sopra su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza;
3. di utilizzare, a seguito della richiesta dell'Impresa di sottoscrivere e ritrasmettere il contratto inviatole, a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole;
4. nel caso di contratto a distanza tramite Call Center i cui addetti non siano dipendenti dell'impresa, di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione svolta dal Call Center.

Il Contraente potrà disdire la polizza ad ogni scadenza annuale, inviando all'Impresa una comunicazione a mezzo raccomandata A/R o p.e.c. entro 30 giorni dalla scadenza annuale.

Resta salva la facoltà delle Parti di recedere dal contratto in caso di sinistro.

ASSICURAZIONE PER:
SPESE MEDICHE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO – DAY HOSPITAL/DAY SURGERY E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE, SPESE MEDICHE IN CASO DI PARTO FISIOLOGICO/CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO, DIARIA SOSTITUTIVA, RETTA ACCOMPAGNATORE, SPESE EXTRA-RICOVERO PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE, SPESE PER CURE FISIOTERAPICHE, SPESE PER LENTI CORRETTIVE O A CONTATTO, SPESE DI LONG TERM CARE, SPESE PER CURE DENTARIE.

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: Salute Persona Comfort
Versione n. 1 di Novembre 2023 (ultimo disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., con sede Legale a 10071 Borgaro Torinese (TO) alla via Lanzo 29 e Direzione Generale a 20864 Agrate Brianza (MB) al viale Gian Bartolomeo Colleoni 21. Tel: +39.039.9890001, sito internet **www.nobis.it**, e-mail: **assicurazioni@nobis.it**, PEC: **nobisassicurazioni@pec.it.**
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è registrata in Italia ed autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 03 novembre 1993 n. 258). È iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo.
Capogruppo del Gruppo Nobis, iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi.

Esercizio 2022
Bilancio approvato il 28/04/2023
Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 107.123.237 di cui capitale sociale € 37.890.907, riserva di sovrapprezzo € 1.224.864 e riserve patrimoniali € 68.007.466.
Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 179,69% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 399,31% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).
Si richiama quanto indicato nella relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile sul sito istituzionale attraverso il seguente collegamento https://www.nobis.it/chi-siamo/governance/solvency-ii-sfcr/
Per ogni successivo aggiornamento si rimanda alla consultazione del sito internet dell'Impresa www.nobis.it.

Al contratto si applica la normativa italiana e lo stesso è soggetto esclusivamente alla giurisdizione italiana.

CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alle Garanzie:
- **spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico, Day hospital/day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale;**
- **spese mediche in caso di parto fisiologico, parto cesareo e aborto terapeutico;**
- **diaria sostitutiva;**
- **retta accompagnatore;**
- **spese extra-ricovero per accertamenti diagnostici e visite specialistiche;**
- **spese per cure fisioterapiche;**
- **spese per lenti correttive o a contatto;**
- **spese di long term care;**
- **spese per cure dentarie;**

non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP Base.

QUALI OPZIONI E PERSONALIZZAZIONI È POSSIBILE ATTIVARE?

Il prodotto non prevede la possibilità di personalizzazione.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Nessuna	Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Salute Persona Comfort.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Nessuna	Non sono previsti premi aggiuntivi per il prodotto Salute Persona Comfort.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

SPESE MEDICHE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL/DAY SURGERY E INTERVENTO AMBULATORIALE

- In aggiunta alle Esclusioni generali, le coperture offerte dal Capitolo "**Spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico, Day hospital/day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale**" delle Condizioni di Assicurazione non opereranno anche per le spese mediche relative a:
  a) check-up di medicina preventiva;
  b) qualsiasi tipo di parto, gravidanza e interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
  c) cura delle paradontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici;
  d) cure presso stabilimenti termali, istituti di cura specializzati per malattie nervose e tubercolari, case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cura). L'assicurazione non è altresì operante per i ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana ovvero causati e/o riconducibili ad ingessature o altri mezzi di immobilizzazione e contenimento. Sono inoltre esclusi i ricoveri per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, per rieducazione funzionale e riabilitazione (ad esempio, ginnastica passiva e fisioterapia), sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia, neuralterapia ed i ricoveri durante i quali vengono compiuti accertamenti e/o trattamenti e/o indagini di natura clinica ovvero diagnostica, comunque intesi, che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in regime ambulatoriale;
  e) visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici) non effettuate nei 90 giorni precedenti al ricovero con o senza intervento chirurgico, Day hospital/Day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale;
  f) costi non inerenti/secondari alla retta di degenza;
  g) retta di degenza per intervento chirurgico ambulatoriale;
  h) visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (solo in caso d'interventi chirurgici) cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'intervento chirurgico non inerenti al ricovero (con o senza intervento chirurgico, Day hospital/Day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale) e/o effettuati dopo il 90 giorno dalla data del ricovero;
  i) costi alberghieri sostenuti in prestazioni di cure termali, anche se pertinenti alla patologia che ha determinato il ricovero.

Alla presente garanzia si applicherà:
- **un periodo di Carenza pari a 60 giorni per il ricovero conseguente a malattia;**
- **un periodo di Carenza pari a 300 giorni per il ricovero conseguente al parto.**

La presente garanzia opera senza uno scoperto qualora le prestazioni vengano fruite all'interno della Rete di strutture convenzionate "OneNet".
Qualora la fruizione delle prestazioni previste avvenga al di fuori della Rete di strutture convenzionate "OneNet" si applicherà uno scoperto pari al 20%.

RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE IN CASO DI PARTO FISIOLOGICO, PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

- In aggiunta alle Esclusioni generali, le coperture offerte dal Capitolo "**Spese mediche in caso di parto fisiologico, parto cesareo e aborto terapeutico**" **delle Condizioni di Assicurazione** non opereranno anche per le spese mediche sostenute/relative a:
  a) prima dei 90 giorni antecedenti al ricovero per il parto;
  b) decorsi i 90 giorni successivi al ricovero per il parto;
  c) l'interruzione volontaria della gravidanza.

Alla garanzia si applicherà un periodo di Carenza pari a 300 giorni per il parto e l'aborto terapeutico.

DIARIA SOSTITUTIVA

- In aggiunta alle Esclusioni generali, le coperture offerte dal Capitolo "**Diaria sostitutiva**" **delle Condizioni di Assicurazione** non opereranno anche per le spese mediche relative a:
  a) prestazioni che non siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
  b) check-up di medicina preventiva;
  c) cura delle paradontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici.

RETTA ACCOMPAGNATORE

- In aggiunta alle Esclusioni generali, le coperture offerte dal Capitolo "**Retta accompagnatore**" **delle Condizioni di Assicurazione** non opereranno per le spese relative al vitto e al pernottamento dell'accompagnatore qualora l'Istituto di cura si sia reso disponibile ad ospitare senza oneri l'accompagnatore.

SPESE EXTRA-RICOVERO PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE

- In aggiunta alle Esclusioni generali, le coperture offerte dal Capitolo "**Spese extra-ricovero per accertamenti diagnostici e visite specialistiche**" **delle Condizioni di Assicurazione** non opereranno anche per le spese mediche relative a:
  a) accertamenti diagnostici o visite specialistiche effettuate senza idonea prescrizione medica con indicazione della patologia presunta o accertata;
  b) visite specialistiche pediatriche di controllo, odontoiatriche e odontoiatriche non rese necessarie da infortunio;
  c) assistenza infermieristica domiciliare senza prescrizione del medico curante o medico specialista;
  d) amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età.

Il limite per la singola prestazione è posto ad euro 350,00 fermo un importo minimo per prestazione pari a euro 50,00. Tutte le prestazioni aventi un valore inferiore non potranno in nessun caso essere oggetto di rimborso da parte dell'Impresa.
La presente garanzia opera senza uno scoperto qualora le prestazioni vengano fruite all'interno della Rete di strutture convenzionate "OneNet".
Qualora la fruizione delle prestazioni previste avvenga al di fuori della Rete di strutture convenzionate "OneNet" si applicherà uno scoperto pari al 20%.

SPESE PER CURE FISIOTERAPICHE

- In aggiunta alle Esclusioni generali, le coperture offerte dal Capitolo "**Spese per cure fisioterapiche**" **delle Condizioni di Assicurazione** non opereranno anche per le spese mediche relative a:
  a) Trattamenti non conseguenti a malattia o infortunio;
  b) trattamenti effettuati al di fuori della Rete di strutture convenzionate con "One net".

SPESE PER ACQUISTO LENTI CORRETTIVE O A CONTATTO

- In aggiunta alle Esclusioni generali, le coperture offerte dal Capitolo "**Spese per lenti correttive o a contato**" **delle Condizioni di Assicurazione** non opereranno anche per le spese relative a:
  a) acquisto o riparazione delle montature;
  b) acquisto o riparazione di lenti da sole o aventi mera finalità estetica;
  c) acquisto di lenti correttive o a contatto non corredato da idonea certificazione rilasciata da un medico oculista o da un optometrista.

Alla presente garanzia si applicherà uno scoperto sempre operante pari al 20%.

SPESE DI LONG TERM CARE

- In aggiunta alle Esclusioni generali, le coperture offerte dal Capitolo "**Spese di long term care**" **delle Condizioni di Assicurazione** non opereranno anche per tutte le spese:
  a) qualora non sia presente un'attestazione rilasciata dalla competente Autorità, che attesti la non autosufficienza dell'Assicurato;
  b) qualora l'Assicurato non sia permanentemente incapace di svolgere gli "atti elementari" indicati nell'art. 39 delle Condizioni di Assicurazione.

SPESE PER CURE DENTARIE

- In aggiunta alle Esclusioni generali, le coperture offerte dal Capitolo "**Spese per cure dentarie**" delle Condizioni di Assicurazione non opereranno anche per le spese relative a:
  a) trattamenti effettuati al di fuori della Rete di strutture convenzionate con "One net";
  b) patologie preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione (esclusione valida solo per le prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica");
  c) prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della data di decorrenza;
  d) prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza, per qualsiasi motivo, anche se la malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
  e) cure o trattamenti medici odontoiatrici che non corrispondono alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche";
  f) trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
  g) procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali associazioni odontoiatriche;
  h) prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
  i) estrazioni di denti decidui (da latte);
  j) prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile;
  k) trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
  l) controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per le prestazioni "Prevenzione Odontoiatrica";
  m) cure e accertamenti odontoiatrici e protesi dentarie e cure ortodontiche salvo quanto espressamente ricompreso nel contratto.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** in caso di sinistro, per tutte le garanzie previste nel contratto, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi: 1) presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico; 2) allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri; 3) acconsentire alla visita dei medici inviati dall'Impresa ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti; 4) fornire tutta la documentazione (medica e non) che l'Impresa riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro. L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. L'Assicurato in caso di sinistro deve formulare denuncia presso i seguenti recapiti: **AON ADVISORY AND SOLUTION SRL** **Via Calindri, 6** **20143 – Milano** **Tel: 02.78653457** **Mail: info.onecare@aon.it** È possibile scrivere alla Compagnia utilizzando il seguente recapito: ***Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.- Ufficio Sinistri*** Centro Direzionale Colleoni – Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 20864 - AGRATE BRIANZA (MB) nobisassicurazioni@pec.it – 039.9890001
	Assistenza diretta/in convenzione: si specifica che il contratto prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: si specifica che il contratto prevede la trattazione dei sinistri da parte di AON ADVISORY AND SOLUTION SRL.
	Prescrizione: così come stabilito dall'art. 2952 c.c., i diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente/Assicurato è esonerato dal comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Qualora in merito alle circostanze del rischio oggetto della copertura assicurativa, il Contraente/Assicurato effettui dichiarazioni false o reticenti (in sede di preventivazione e di sottoscrizione del contratto) che influiscano sulla valutazione del danno, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo fino alla cessazione dell'assicurazione.

Obblighi dell'impresa	L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data della denuncia del sinistro e a condizione che sia stata prodotta tutta la documentazione richiesta, provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria, purché non sia stata fatta opposizione da parte di eventuali creditori privilegiati, pignoratizi o ipotecari.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio	Il Contraente dovrà pagare la prima rata di premio. L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettato dall'eventuale intermediario comunque inteso. Il premio è comprensivo di imposte.
Rimborso	Non è prevista la possibilità di rimborso del premio. In caso di recesso esercitato dall'Impresa, quest'ultima entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa per il tramite dell'intermediario la quota parte di premio relativa al periodo di rischio assicurativo non corso, escluse soltanto le imposte. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, l'Impresa rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	**Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.** Se il Contraente/Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze; in ogni caso il pagamento tardivo della rata di premio non determinerà un'efficacia retroattiva della copertura. In ogni caso la garanzia rimborso spese mediche, prevede periodi di aspettativa (carenza) dall'effetto dell'assicurazione, quali: a) nessuno per i sinistri da infortunio; b) 60mo giorno per i sinistri malattia; c) 300mo giorno successivo per il parto e l'aborto terapeutico. Il contratto ha durata annuale. In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti all'altra entro 30 giorni dalla scadenza annuale, a mezzo raccomandata AR o p.e.c., il contratto di assicurazione s'intende rinnovato tacitamente per un anno e così alle successive scadenze. L'Impresa si impegna a mantenere in vigore l'assicurazione fino alla scadenza capitaria prevista. In caso di mancato pagamento del premio oltre 90 giorni dalla scadenza, decorrono nuovamente i termini di aspettativa previsti dagli artt. 18 e 22 "Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa (Carenza)".
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospensione del contratto.

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il presente contratto prevede il diritto di ripensamento, che potrà essere esercitato entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza. Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto: 1. di scegliere di ricevere e di trasmettere il Set Informativo e la documentazione di cui al Capo III del Regolamento IVASS n. 40/2018 su supporto cartaceo o su altro supporto durevole; 2. di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della documentazione di cui sopra su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza; 3. di utilizzare, a seguito della richiesta dell'Impresa di sottoscrivere e ritrasmettere il contratto inviatole, a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole; 4. nel caso di contratto a distanza tramite Call Center i cui addetti non siano dipendenti dell'impresa, di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione svolta dal Call Center.
Risoluzione	Resta salva la facoltà dell'Assicurato di recedere dal contratto in caso di sinistro. Resta salva la facoltà dell'Assicurato di disdettare ad ogni scadenza annuale il contratto, con l'invio di lettera raccomandata AR o p.e.c. almeno 30 giorni prima della scadenza annuale. Dopo ogni sinistro denunciato e sino al sessantesimo giorno da quello in cui l'indennizzo è stato pagato od il sinistro è stato altrimenti definito, il Contraente/Assicurato o l'Impresa possono recedere dal contratto. Il recesso, da effettuarsi a mezzo raccomandata AR o P.e.c., ha effetto: • nel caso di recesso del Contraente/Assicurato: dalla data di invio della sua comunicazione; • nel caso di recesso dell'Impresa: trascorsi trenta giorni dalla data di ricezione da parte dell'Assicurato della comunicazione inviata dall'Impresa.

A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto alle persone fisiche, residenti in Italia, dipendenti con le Aziende convenzionate con AON e ai componenti della loro famiglia che al momento della stipula non abbiano ancora compiuto il 65° anno di età, fermo restando che l'assicurazione rimarrà in vigore per i soggetti già assicurati al momento del raggiungimento dell'età limite fino al compimento massimo del 70° anno d'età.

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta per la tipologia del rischio assicurando e le garanzie prescelte.
Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 37,63%, per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 22,13%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni dal Reclamo.
All'IVASS	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, fax 06.42133206, PEC: **ivass@pec.ivass.it**, utilizzando l'apposito modulo reperibile dal sito ***www.ivass.it***, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'Assicurato, le controversie di natura medica sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGERE ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

INDICE

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI 1
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 2
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 2
Art. 2 – Altre assicurazioni 2
Art. 3 – Effetto dell'assicurazione – Pagamento del premio 2
Art. 4 – Forza probatoria del contratto – Validità delle variazioni – Conclusione del contratto 2
Art. 5 – Durata del contratto – Tacito rinnovo 2
Art. 5 Bis - modalità adesione 2
Art. 6 – Validità territoriale 2
Art. 6 Bis – clausola embargo 2
Art. 7 – Oneri fiscali 2
Art. 8 – Rinvio alle norme di legge 2
Art. 9 – Persone assicurabili 3
Art. 10 – Persone non assicurabili 3
Art. 11 – Recesso dal contratto 3
Art. 12 – Controversie – Arbitrato irrituale 3
Art. 13 – Cessione e concessione in pegno a terzi – Pretese verso terzi 3
Art. 14 – Questionario anamnestico 3
Art. 15 – Esclusioni generali 3
Art. 15 Bis – Clausola broker 4
Art. 15 Ter – Diritto di ripensamento 5
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE 6
CAPITOLO 1 – SPESE MEDICHE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL/DAY SURGERY E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE 6
Art. 16 – Oggetto dell'assicurazione 6
Art. 17 – Esclusioni 6
Art. 18 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa (carenza) 6
Art. 19 – Prestazioni 6
Art. 19.1– Pacchetto salute persona comfort 6
Art. 19.2– Scoperto – Pacchetto salute persona comfort 7
CAPITOLO 2 – RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE IN CASO DI PARTO FISIOLOGICO, PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO 7
Art. 20 – Oggetto dell'assicurazione 7
Art. 21 – Esclusioni 7
Art. 22 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa (carenza) 7
Art. 23 – Prestazioni 7
CAPITOLO 3 – DIARIA SOSTITUTIVA 7
Art. 24 – Oggetto dell'assicurazione 7
Art. 25 – Esclusioni 7
Art. 26 – Prestazioni 7
CAPITOLO 4 – RETTA ACCOMPAGNATORE 7
Art. 27 – Oggetto dell'assicurazione 7
Art. 28 – Esclusioni 7
Art. 29 – Prestazioni 7
CAPITOLO 5 – SPESE EXTRA-RICOVERO – ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE 8
Art. 30 – Oggetto dell'assicurazione 8
Art. 31 – Esclusioni 8
Art. 32 – Prestazioni 8
Art. 32.1 – Pacchetto salute persona comfort 8
Art. 32.2 – scoperto – pacchetto salute persona comfort 8
CAPITOLO 6 – SPESE PER CURE FISIOTERAPICHE 8
Art. 33 – Oggetto dell'assicurazione 8
Art. 34 – Esclusioni 8
Art. 35 – Prestazioni 8
CAPITOLO 7 – SPESE PER LENTI CORRETTIVE O A CONTATTO 8
Art. 36 – Oggetto dell'assicurazione 8
Art. 37 – Esclusioni 8
Art. 38 – Prestazioni 9
Art. 38.1 – Pacchetto salute persona comfort 9
Art. 38.2 Scoperto – Pacchetto salute persona comfort 9
CAPITOLO 8 – SPESE DI LONG TERM CARE 9
Art. 39 – Oggetto dell'assicurazione 9
Art. 40 – Esclusioni 9
Art. 41 – Prestazioni 9
CAPITOLO 9 – SPESE PER CURE DENTARIE 9
Art. 42 – Oggetto dell'assicurazione 9
Art. 43 – Esclusioni 10
Art. 44 – Prestazioni 10
Art. 44.1 – Pacchetto salute persona comfort 10
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO 11
Art. 45 – Denuncia del sinistro – obblighi dell'Assicurato 11
Art. 46 – Cosa fare in caso di sinistro 11
APPENDICE NORMATIVA 12
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) 14

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del presente documento si riporta di seguito la spiegazione di alcuni termini del glossario assicurativo, nonché quei termini che all'interno della polizza assumono un significato specifico. Quando i termini di cui alla presente Sezione sono riportati, all'interno della polizza essi assumono il significato di seguito indicato.

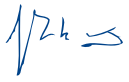
ASSICURATO: il soggetto nel cui interesse è contratta la Polizza. Nel caso concreto corrisponde al soggetto che stipula l'assicurazione (CONTRAENTE), salvo il caso in cui l'ASSICURATO sia un minorenne;
ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione;
CERTIFICATO DI POLIZZA: Il documento facente parte della Polizza che contiene alcuni dati relativi alla copertura assicurativa;
CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'assicurazione ovverosia, nel caso concreto, l'Assicurato stesso o, in caso di minore, il soggetto esercente la potestà genitoriale;
DAY SURGERY: la degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche che siano:

- riferite a terapie (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva);
- documentate da cartella clinica;
- praticate in ospedale, istituto clinico o casa di cura.

FRANCHIGIA: per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta comunque a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato;
IMPRESA: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
INDENNIZZO: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro;
INFORTUNIO: ogni evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche permanenti obiettivamente constatabili;
ISTITUTO DI CURA: l'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15.03.2010 n. 38;
MALATTIA: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
MALATTIA PREESISTENTE: malattia che sia l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza;
MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO: alterazione organica acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile, oppure alterazione organica congenita, evidente o clinicamente diagnosticabile;
MODULO DI PROPOSTA: Il documento sottoposto all'Assicurato da parte dell'Impresa, per il tramite della piattaforma del BROKER incaricato (AON S.p.A.), prima della stipulazione della Polizza, ai fini della valutazione del rischio oggetto della copertura assicurativa;
ONENet NETWORK DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE: è il network di strutture sanitarie convenzionate costituita da ospedali, Istituti di carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste, il cui elenco è recuperabile sul sito Onecare https://www.onecare.aon.it/
POLIZZA: il documento che prova l'Assicurazione, composto dal Certificato di Polizza, dal Set Informativo, dall'eventuale Modulo di Proposta e le eventuali appendici;
PORTALE ONE_AFFINITY: La piattaforma online del BROKER, attraverso la quale può essere sottoscritta e rinnovata l'Assicurazione;
PREMIO: la somma dovuta all'Impresa;
RICOVERO: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura, restando espressamente inteso che il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono conteggiati come una singola unità ai fini della quantificazione delle somme eventualmente dovute all'Assicurato;
SCOPERTO: la parte di indennizzo espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato;
SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nel presente Set Informativo.

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazioni Salute Persona Comfort Mod. AVBG.2023-2023.001 ed. 2023-11
Ultimo aggiornamento 01/11/2023

In questa sezione il Contraente trova le norme che regolano il rapporto tra l'Impresa ed il Contraente/Assicurato medesimo, prevedendo diritti ed obblighi a carico delle parti.

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 Codice Civile.

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI
Il Contraente/Assicurato è esonerato dal comunicare all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile.

Art. 3 – EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza alla voce "Decorrenza contratto" se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Il premio annuale è quantificato in base alla fascia d'età dell'Assicurato. Il premio sarà calcolato per ciascun assicurato inserito in copertura e verrà adeguato automaticamente al passaggio da una fascia di età a quella successiva.
Il premio è determinato per periodi di assicurazione di almeno un anno.
Se il Contraente/Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza. Trascorsi ulteriori 15 giorni da tale termine, l'Impresa ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata AR o p.e.c., la risoluzione del contratto, fermo il diritto alla riscossione anche giudiziale dei premi scaduti antecedentemente. L'assicurazione sospesa riprende vigore, qualora l'Impresa non abbia dichiarato la risoluzione, dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.
In caso di mancato pagamento del premio oltre 90 giorni dalla scadenza, decorrono nuovamente i termini di aspettativa previsti dagli artt. 18 e 22 "*Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa (Carenza)*".
I premi devono essere pagati all'Intermediario alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione dell'Impresa.

Art. 4 – FORZA PROBATORIA DEL CONTRATTO – VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO
L'Assicurato è tenuto a fornire all'Assicuratore tutte le informazioni rilevanti ai fini della valutazione del rischio e della determinazione del contenuto della Polizza. Tutte le informazioni fornite dall'Assicurato nel Modulo di Proposta o in altro modo costituiscono parte integrante della Polizza e l'Assicurato dichiara di averle raccolte e fornite usando la necessaria diligenza.
Il momento della conclusione del contratto è fissato nella verifica e nell'accettazione da parte dell'Assicuratore del Modulo di Proposta trasmesso per il tramite del Broker, debitamente sottoscritto e compilato in ogni sua parte dal Contraente/Assicurato.
Lo stesso contratto è efficace a condizione che in tal momento il premio sia stato pagato e che sussistano le condizioni di assicurabilità.

Art. 5 – DURATA DEL CONTRATTO – TACITO RINNOVO
Il presente contratto di assicurazione ha una durata annuale.
In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti all'altra entro 30 giorni dalla scadenza annuale, a mezzo raccomandata AR o p.e.c., il contratto di assicurazione s'intende rinnovato tacitamente per un anno e così alle successive scadenze.
Per effettuare il rinnovo e il nuovo calcolo del Premio, l'Assicurato deve confermare o variare le informazioni rese all'atto della stipula attraverso la procedura di rinnovo disponibile sulla piattaforma messa a disposizione dal Broker.

Art. 5 bis - MODALITÀ ADESIONE
Le garanzie rientranti all'interno del prodotto Salute Persona Comfort si attivano esclusivamente mediante compilazione del Modulo di Proposta disponibile sulla Piattaforma messa a disposizione dal Broker.
Le dichiarazioni inesatte del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata e/o errata compilazione del Modulo di Proposta potrebbero rendere inoperanti le garanzie nei confronti dell'Assicurato.

Art. 6 – VALIDITÀ TERRITORIALE
L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 6 bis – CLAUSOLA EMBARGO
L'Impresa non sarà tenuta a prestare copertura, né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio previsto nel presente contratto, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo od il riconoscimento di tale beneficio espongano l'Impresa a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da provvedimenti relativi a sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA o di qualsiasi altra legge nazionale.

Art. 7 – ONERI FISCALI
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione **sono a carico del Contraente/Assicurato**.

Art. 8 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana.

Art. 9 – PERSONE ASSICURABILI
Sono assicurabili le persone fisiche, residenti in Italia e dipendenti dell'Azienda convenzionata con AON, che al momento della stipulazione del contratto non hanno ancora compiuto i 65 anni di età, fermo restando che il contratto rimane in vigore per i soggetti già assicurati prima del raggiungimento del limite di età.
Resta inteso tra le Parti che la presente copertura assicurativa non potrà essere rinnovata al momento della prima scadenza contrattuale successiva al compimento dei 70 anni di età da parte del Contraente/Assicurato.

Art. 10 – PERSONE NON ASSICURABILI
Non sono assicurabili i soggetti con età superiore a 65 anni al momento della stipula della polizza, non residenti in Italia e non dipendenti con l'Azienda convenzionata con AON.
Non sono assicurabili le persone affette al momento della stipulazione della polizza da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS.
Resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione stessa cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Impresa di corrispondere l'indennizzo.
In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, l'Impresa rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 11 – RECESSO DAL CONTRATTO
Il presente Contratto di Assicurazione prevede il diritto di ripensamento per l'Assicurato da esercitarsi pena la decadenza, entro i 60 giorni dalla data di decorrenza.
Dopo ogni sinistro denunciato e sino al sessantesimo giorno da quello in cui l'indennizzo è stato pagato od il sinistro è stato altrimenti definito, il Contraente/Assicurato o l'Impresa possono recedere dal contratto.
Il recesso, da effettuarsi a mezzo raccomandata AR o P.e.c., ha effetto:
- **nel caso di recesso del Contraente/Assicurato:** dalla data di invio della sua comunicazione;
- **nel caso di recesso dell'Impresa:** trascorsi trenta giorni dalla data di ricezione da parte dell'Assicurato della comunicazione inviata dall'Impresa.

In caso di recesso esercitato dall'Impresa, quest'ultima entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa per il tramite dell'Intermediario la quota parte di premio relativa al periodo di rischio assicurativo non corso, escluse soltanto le imposte.

Art. 12 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE
In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.
Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.
Sarà in ogni caso facoltà di ciascuna Parte rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Art. 13 – CESSIONE E CONCESSIONE IN PEGNO A TERZI – PRETESE VERSO TERZI
Non possono essere né cedute né concesse in pegno richieste di terzi sulle prestazioni assicurative.
L'Impresa rinuncia al diritto di surrogazione come da art. 1916 del Codice Civile.

Art. 14 – QUESTIONARIO ANAMNESTICO
Le garanzie rientranti all'interno del prodotto Salute Persona Comfort sono prestate esclusivamente mediante compilazione del Questionario Anamnestico presente nel Modulo di Proposta. Le risultanze di tale attività compilatoria dovranno risultare dal Questionario stesso e formeranno parte integrante del contratto di assicurazione, previa valutazione da parte dell'Impresa circa l'assunzione del rischio (vedi art. 4).
Le dichiarazioni inesatte del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata e/o errata compilazione del Questionario anamnestico potrebbero rendere inoperanti le garanzie nei confronti dell'Assicurato.

Art. 15 – ESCLUSIONI GENERALI
Le coperture offerte dal presente contratto non sono operanti per:
1. **dolo del Contraente-Assicurato o del beneficiario;**
2. **delitti dolosi compiuti o tentati dal Contraente-Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;**
3. **incidente di volo, se il Contraente-Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
4. **gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e relative complicanze, conseguenze dirette e indirette;**
5. **le prestazioni non correlate dall'indicazione della diagnosi accertata o presunta e della data d'insorgenza;**

6. **le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a malattie diagnosticate e infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciate durante il periodo di validità della stessa;**
7. **le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica), i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;**
8. **logopedia;**
9. **le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta), nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;**
10. **le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;**
11. **le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;**
12. **i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale e sperimentale;**
13. **qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;**
14. **gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;**
15. **gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;**
16. **le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;**
17. **gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;**
18. **gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;**
19. **gli Infortuni occorsi durante la manipolazione di materiale pirotecnico e/o uso o produzione di esplosivi anche come attività non professionale e/o durante il trasporto e/o l'utilizzo e/o l'assemblaggio di armi bianche;**
20. **gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;**
21. **le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;**
22. **le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;**
23. **le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;**
24. **applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:**
    a. **a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;**
    b. **a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;**
    c. **a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;**
25. **le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 1 anno assicurati dalla nascita;**
26. **le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;**
27. **i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);**
28. **le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico e Day Surgery;**
29. **i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e Infortunio;**
30. **le spese relative a prestazioni di chiropratica e agopuntura;**
31. **i Ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri);**
32. **le spese sostenute a fronte di espianto qualora l'Assicurato sia il soggetto donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti;**
33. **cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;**
34. **le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento. (esclusione non operante per la garanzia prevista al capitolo "Long term care").**

Art. 15 bis – CLAUSOLA BROKER
Per la stipulazione e gestione della presente polizza il Contraente dichiara di aver affidato l'incarico all'intermediario indicato in frontespizio della Scheda di polizza di seguito nominato Broker.

Agli effetti dei termini e garanzie già previste dalle Condizioni di Assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker deve intendersi come fatta all'Impresa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto del Contraente, all'Impresa s'intenderà come fatta dal Contraente stesso. Analogamente ogni comunicazione fatta dall'Impresa al Broker s'intenderà come fatta al Contraente.
Ciò premesso la corresponsione del premio effettuata al Broker, nei termini contrattualmente previsti, deve intendersi come effettuata all'Impresa ed il Broker riconosce di essere il semplice depositario di tutti i premi incassati per conto della Impresa.
Tali comunicazioni, per essere ritenute valide, dovranno essere effettuate mediante lettera raccomandata, telegramma o telescritto.
La presente clausola deve intendersi abrogata e priva di effetto quando il Contraente comunicherà all'Impresa la cessazione dell'incarico al Broker designato.

Art. 15 ter – DIRITTO DI RIPENSAMENTO
Il presente contratto prevede il diritto di ripensamento, che potrà essere esercitato entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza.
Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto:

1. di scegliere di ricevere e di trasmettere il Set Informativo e la documentazione di cui al Capo III del Regolamento IVASS n. 40/2018 su supporto cartaceo o su altro supporto durevole;
2. di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della documentazione di cui sopra su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza;
3. di utilizzare, a seguito della richiesta dell'Impresa di sottoscrivere e ritrasmettere il contratto inviatole, a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole;
4. nel caso di contratto a distanza tramite Call Center i cui addetti non siano dipendenti dell'impresa, di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione svolta dal Call Center.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in undici capitoli (Spese mediche per Ricovero con o senza intervento chirurgico, Day Hospital/Day Surgery e intervento chirurgico ambulatoriale - Rimborso delle spese mediche in caso di parto fisiologico, parto cesareo e aborto terapeutico – Diaria sostitutiva – Retta accompagnatore – Spese extra-ricovero per accertamenti diagnostici e visite specialistiche – Spese per cure fisioterapiche – Spese per cure psicoterapiche - Spese per lenti correttive o a contatto – Long term care – Spese per cure dentarie) che disciplinano le garanzie oggetto della presente Assicurazione, incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – SPESE MEDICHE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL/DAY SURGERY E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Art. 16 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, il rimborso delle spese sostenute per cure necessarie e conseguenti a "Spese pre-ricovero, spese durante il ricovero e spese post-ricovero" in Istituti di cura, nella misura indicata nell'art. 19.
Si intendono incluse nella garanzia le seguenti spese:

1. Spese pre-ricovero: visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici);
2. Spese sostenute durante il ricovero: accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, assistenza infermieristica ed ostetrica, terapie, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, onorari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, rette di degenza;
3. Spese post-ricovero: visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (solo in caso d'interventi chirurgici), cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'intervento chirurgico.

Art. 17 - ESCLUSIONI

In aggiunta alle Esclusioni già previste all'art. 15 (rubricato "Esclusioni generali"), le coperture offerte dal presente capitolo non opereranno anche per le spese mediche relative a:

a) **check-up di medicina preventiva;**
b) **qualsiasi tipo di parto, gravidanza e interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
c) **cura delle paradontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici;**
d) **cure presso stabilimenti termali, istituti di cura specializzati per malattie nervose e tubercolari, case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cura). L'assicurazione non è altresì operante per i ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana ovvero causati e/o riconducibili ad ingessature o altri mezzi di immobilizzazione e contenimento. Sono inoltre esclusi i ricoveri per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, per rieducazione funzionale e riabilitazione (ad esempio, ginnastica passiva e fisioterapia), sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia, neuralterapia ed i ricoveri durante i quali vengono compiuti accertamenti e/o trattamenti e/o indagini di natura clinica ovvero diagnostica, comunque intesi, che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in regime ambulatoriale;**
e) **visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici) non effettuate nei 90 giorni precedenti al ricovero con o senza intervento chirurgico, Day hospital/Day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale;**
f) **costi non inerenti/secondari alla retta di degenza;**
g) **retta di degenza per intervento chirurgico ambulatoriale;**
h) **visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (solo in caso d'interventi chirurgici) cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'intervento chirurgico non inerenti al ricovero (con o senza intervento chirurgico, Day hospital/Day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale) e/o effettuati dopo il 90 giorno dalla data del ricovero;**
i) **costi alberghieri sostenuti in prestazioni di cure termali, anche se pertinenti alla patologia che ha determinato il ricovero.**

Art. 18 – DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA (CARENZA)

La garanzia decorre dalle ore 24:

a) **del giorno in cui ha effetto l'assicurazione per le spese mediche conseguenti a un ricovero con o senza intervento chirurgico, Day hospital/Day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale;**
b) **del 60mo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;**
c) **del 300mo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto.**

Art. 19 – PRESTAZIONI

Art. 19.1– PACCHETTO SALUTE PERSONA COMFORT

L'Impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, **un rimborso fino a euro 100.000,00 per sinistro e per anno.**
Resta espressamente inteso che ogni richiesta di rimborso dovrà essere corredata da documentazione fiscalmente valida, attestante l'effettivo esborso patito dall'Assicurato.

Art. 19.2 SCOPERTO – PACCHETTO SALUTE PERSONA COMFORT
La presente garanzia opera senza uno scoperto, qualora le prestazioni vengano fruite all'interno della Rete di strutture convenzionate OneNet.
Qualora la fruizione delle prestazioni previste nella presente garanzia avvenga al di fuori della Rete di strutture convenzionate OneNet **si applicherà uno scoperto pari al 20%.**

CAPITOLO 2 – RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE IN CASO DI PARTO FISIOLOGICO, PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

Art. 20 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, un rimborso per le spese sostenute in caso di parto fisiologico, parto cesareo e aborto terapeutico nella misura indicata nell'art. 23.

Art. 21 – ESCLUSIONI
In aggiunta alle Esclusioni già previste all'art. 15 (rubricato "Esclusioni generali"), le coperture offerte dal presente capitolo non opereranno anche per le spese mediche sostenute/relative a:

a) **prima dei 90 giorni antecedenti al ricovero per il parto;**
b) **decorsi i 90 giorni successivi al ricovero per il parto;**
c) **l'interruzione volontaria della gravidanza;**

Art. 22 – DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA (CARENZA)
La garanzia decorre dalle ore 24:

a) **del 300mo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e l'aborto terapeutico.**

Art. 23 – PRESTAZIONI
L'Impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, **un rimborso fino a euro 5.000,00 per sinistro.**
Resta espressamente inteso che ogni richiesta di rimborso dovrà essere corredata da documentazione fiscalmente valida, attestante l'effettivo esborso patito dall'Assicurato.
Nessuno scoperto e nessuna franchigia.

CAPITOLO 3 – DIARIA SOSTITUTIVA

Art. 24 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, un'indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero – con o senza intervento chirurgico, compreso il parto e l'aborto terapeutico – qualora le prestazioni siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, nella misura indicata nell'art. 26.
Resta espressamente inteso che la garanzia di cui al presente Capitolo opererà unicamente per le prestazioni oggetto di copertura assicurativa ai sensi dei precedenti Capitoli 1 e 2.

Art. 25 – ESCLUSIONI
In aggiunta alle Esclusioni già previste all'art. 15 (rubricato "Esclusioni generali"), le coperture offerte dal presente capitolo non opereranno anche per le spese mediche relative a:

a) **prestazioni che non siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale;**
b) **check-up di medicina preventiva;**
c) **cura delle paradontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici.**

Art. 26 – PRESTAZIONI
L'Impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, una indennità giornaliera pari a **euro 100,00 per ogni giorno di degenza e per un numero massimo di 60 giorni per sinistro e per annualità assicurativa**.
Sono inoltre riconosciute le "spese pre-ricovero" e "post-ricovero" come sopra descritto nel capitolo 1 senza l'applicazione di Scoperto/Franchigie.

CAPITOLO 4 – RETTA ACCOMPAGNATORE

Art. 27 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, una indennità forfettaria nei confronti dell'accompagnatore, relativa alle spese per il vitto ed il pernottamento, per ogni giorno di ricovero del titolare di polizza, in Istituto di Cura o Struttura alberghiera, nella misura indicata nell'art. 29.

Art. 28 – ESCLUSIONI
In aggiunta alle Esclusioni già previste all'art. 15 (rubricato "Esclusioni generali"), le coperture offerte dal presente capitolo non opereranno **per le spese relative al vitto e al pernottamento dell'accompagnatore qualora l'Istituto di cura si sia reso disponibile ad ospitare senza oneri l'accompagnatore.**

Art. 29 – PRESTAZIONI
L'Impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, una indennità giornaliera pari a **euro 100,00 per ogni giorno di degenza e per un numero massimo di 30 giorni per evento.**

CAPITOLO 5 – SPESE EXTRA-RICOVERO – ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE

Art. 30 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, un rimborso per le spese extra-ricovero quali "accertamenti diagnostici" o "visite specialistiche", nella misura indicata dall'art. 32.
Si intendono incluse nella garanzia:

- Accertamenti diagnostici (compresa amniocentesi e villocentesi, in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età);
- Onorari medici per visite specialistiche;
- Assistenza Infermieristica domiciliare.

Art. 31 – ESCLUSIONI
In aggiunta alle Esclusioni già previste all'art. 15 (rubricato "Esclusioni generali"), le coperture offerte dal presente capitolo non opereranno anche per le spese mediche relative a:

a) **accertamenti diagnostici o visite specialistiche effettuate senza idonea prescrizione medica con indicazione della patologia presunta o accertata;**
b) **visite specialistiche pediatriche di controllo, odontoiatriche e odontoiatriche non rese necessarie da infortunio;**
c) **assistenza infermieristica domiciliare senza prescrizione del medico curante o medico specialista;**
d) **amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età.**

Art. 32 – PRESTAZIONI

Art. 32.1 – PACCHETTO SALUTE PERSONA COMFORT
L'Impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, **un rimborso fino a euro 5.000,00 per sinistro**.
Il limite per la singola prestazione è posto ad euro 350,00, fermo un importo minimo per prestazione pari a euro 50,00.
Ne consegue che tutte le prestazioni aventi un valore inferiore non potranno in nessun caso essere oggetto di rimborso da parte dell'Impresa.
Resta espressamente inteso che ogni richiesta di rimborso dovrà essere corredata da idonea certificazione rilasciata da un medico.

Art. 32.2 – SCOPERTO – PACCHETTO SALUTE PERSONA COMFORT
La presente garanzia opera senza uno scoperto, qualora le prestazioni vengano fruite all'interno della Rete di strutture convenzionate OneNet.
Qualora la fruizione delle prestazioni previste nella presente garanzia avvenga al di fuori della Rete di strutture convenzionate OneNet **si applicherà uno scoperto pari al 20%.**

CAPITOLO 6 – SPESE PER CURE FISIOTERAPICHE

Art. 33 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, un rimborso per le spese sostenute per trattamenti di fisioterapia e trattamenti di riabilitazione, nella misura indicata nell'art. 35.
Si intendono incluse le sedute di osteopatia, agopuntura e chiropratica a condizione che vengano effettuate da medici specialisti autorizzati, iscritti al relativo Albo professionale e con la relativa abilitazione professionale.
Tutti i trattamenti devono essere oggetto di specifica prescrizione medica attestante la patologia presunta o accertata.

Art. 34 – ESCLUSIONI
In aggiunta alle Esclusioni già previste all'art. 15 (rubricato "Esclusioni generali"), le coperture offerte dal presente capitolo non opereranno anche per le spese mediche relative a:

a) **trattamenti non conseguenti a malattia o infortunio;**
b) **trattamenti effettuati al di fuori della Rete di strutture convenzionate con "One net".**

Art. 35 – PRESTAZIONI
L'Impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, **un rimborso fino a euro 750,00 per sinistro e per anno a condizione che i trattamenti siano effettuati presso la Rete di strutture convenzionate con "One net".**

CAPITOLO 7 – SPESE PER LENTI CORRETTIVE O A CONTATTO

Art. 36 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, un rimborso per le spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive o a contatto da parte dell'Assicurato conseguenti a documentata modifica del *visus*, nella misura indicata nell'art. 38.

Art. 37 – ESCLUSIONI
In aggiunta alle Esclusioni già previste all'art. 15 (rubricato "Esclusioni generali"), le coperture offerte dal presente capitolo non opereranno anche per le spese relative a:

a) **acquisto o riparazione delle montature;**
b) **acquisto o riparazione di lenti da sole o aventi mera finalità estetica;**
c) **acquisto di lenti correttive o a contatto non corredato da idonea certificazione rilasciata da un medico oculista o da un optometrista.**

Art. 38 – PRESTAZIONI

Art. 38.1 – PACCHETTO SALUTE PERSONA COMFORT
L'Impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, **un rimborso fino a euro 100,00 per sinistro**, intendendo per tale ciascuna effettiva modifica del visus. Detto importo dovrà essere considerato il limite massimo d'indennizzo per sinistro, a prescindere dal numero di lenti oggetto di acquisto.
Resta espressamente inteso che ogni richiesta di rimborso dovrà essere corredata da idonea certificazione rilasciata da un medico oculista o da un optometrista e da documentazione fiscalmente valida, attestante l'effettivo esborso patito dall'Assicurato.

Art. 38.2 – SCOPERTO – PACCHETTO SALUTE PERSONA COMFORT
Alla presente garanzia **si applicherà uno scoperto sempre operante pari al 20%.**

CAPITOLO 8 – SPESE DI LONG TERM CARE

Art. 39 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, un'indennità forfettaria per le spese di long term care, nella misura indicata nell'art. 44.
La presente garanzia si intende operante qualora l'Assicurato non risulti autosufficiente e permanentemente incapace di svolgere almeno 4 dei 6 atti "elementari" della vita quotidiana che seguono:

- **lavarsi o mantenere una corretta igiene personale** - la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
- **vestirsi o svestirsi** - la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato, per la parte superiore o inferiore del corpo;
- **nutrirsi** - la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
- **andare in bagno** - la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
- **muoversi** - la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
- **spostarsi** - a capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

Art. 40 – ESCLUSIONI
In aggiunta alle Esclusioni già previste all'art. 15 (rubricato "Esclusioni generali"), le coperture offerte dal presente capitolo non opereranno anche per tutte le spese:

a) **qualora non sia presente un'attestazione rilasciata dalla competente Autorità, che attesti la non autosufficienza dell'Assicurato;**
b) **qualora l'Assicurato non sia permanentemente incapace di svolgere gli "atti elementari" indicati nell'art. 39.**

Art. 41 – PRESTAZIONI
L'Impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, **un'indennità forfettaria di euro 10.000,00**.
Resta espressamente inteso che ogni richiesta dovrà essere corredata da idonea certificazione rilasciata dalla competente Autorità.

CAPITOLO 9 – SPESE PER CURE DENTARIE

Art. 42 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, un rimborso per le spese sostenute per "*Prestazioni odontoiatriche di emergenza*" e "*Prestazioni odontoiatriche di prevenzione*", così come dettagliate nelle sottostanti tabelle e a condizione che le prestazioni siano effettuate presso la Rete di strutture convenzionate con "One net", nella misura indicata nell'art. 44.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI EMERGENZA
Anestesia locale per elemento dentale
Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini
Radiografia per monitorare la cura iniziata
Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di Black
Otturazione per carie semplice Cavità di II Classe di Black due pareti
Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi
Ricostruzione coronale in composito - colore dente
Estrazione semplice di dente o radice
Reinserimento di dente avulso
Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocanalare
Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare
Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare
Medicazioni canalari e sedute per specificazione
Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica

Con il termine "*Prestazioni odontoiatriche di emergenza*" s'intende qualsiasi evento imprevisto e improvviso che richieda cure odontoiatriche urgenti e che implichi procedure o servizi, identificati nella tabella che precede, indicati per trattare i dolori dovuti esclusivamente a: infezioni, ascessi, carie, pulpite, infiammazioni o emorragie. La copertura riguarda non solo il primo trattamento di emergenza, ma l'intero trattamento fino alla soluzione della situazione di emergenza.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI PREVENZIONE
Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)
Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite currettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale
Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi

Art. 43 – ESCLUSIONI

In aggiunta alle Esclusioni già previste all'art. 15 (rubricato "Esclusioni generali"), le coperture offerte dal presente capitolo non opereranno anche per le spese relative a:

a) **trattamenti effettuati al di fuori della Rete di strutture convenzionate con "One net";**
b) **patologie preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione (esclusione valida solo per le prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica");**
c) **prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della data di decorrenza;**
d) **prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza, per qualsiasi motivo, anche se la malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;**
e) **cure o trattamenti medici odontoiatrici che non corrispondono alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche";**
f) **trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;**
g) **procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali associazioni odontoiatriche;**
h) **prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;**
i) **estrazioni di denti decidui (da latte);**
j) **prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile;**
k) **trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;**
l) **controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per le prestazioni di "Prevenzione Odontoiatrica";**
m) **cure e accertamenti odontoiatrici e protesi dentarie e cure ortodontiche salvo quanto espressamente ricompreso nel contratto.**

Art. 44 – PRESTAZIONI

Art. 44.1 – PACCHETTO SALUTE PERSONA COMFORT

L'Impresa riconosce, nei termini delle norme di assicurazione, **un rimborso fino a euro 1.000,00 per sinistro e per anno.**

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO

Art. 45 – DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO
In caso di sinistro, per tutte le garanzie previste nel contratto, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

1. presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;
2. allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;
3. acconsentire alla visita dei medici inviati dall'Impresa ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.
4. fornire tutta la documentazione (medica e non) che l'Impresa riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Criteri di liquidazione
L'Impresa effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.
Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.

L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data della denuncia del sinistro e a condizione che sia stata prodotta tutta la documentazione richiesta, provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria, purché non sia stata fatta opposizione da parte di eventuali creditori privilegiati, pignoratizi o ipotecari.

Art. 46 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO
In caso di necessità l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno ai seguenti numeri e recapiti:

AON ADVISORY AND SOLUTIONS S.r.l.
Via Calindri, 6
20143 – MILANO
Telefono: 02 78653457
Mail: info.onecare@aon.it

Oppure in alternativa a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Centro Direzionale Colleoni – Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 - AGRATE BRIANZA (MB)
Tel: 039.9890001
MAIL: nobisassicurazioni@pec.it

comunicando con estrema precisione:

- nome, cognome e numero di polizza;
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico;
- motivo della chiamata.

Gestione dei rapporti assicurativi via web
Il Contraente può richiedere le credenziali per l'accesso alla propria area riservata web selezionando nella home page del sito dell'Impresa www.nobis.it la voce "Richiedi le tue credenziali" e compilando i dati presenti nell'apposita pagina.
Accertata l'esattezza dei dati inseriti, l'Impresa invia una e-mail all'indirizzo registrato con il login ed una password provvisoria, che dovrà essere sostituita da parte dell'utente al primo nuovo accesso e ogni 6 mesi successivi.
L'accesso all'area riservata da diritto alla consultazione della propria posizione assicurativa relativamente a:

a) Le coperture assicurative in essere;
b) Le condizioni contrattuali sottoscritte;
c) Lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza contattando 24 ore su 24 il Call Center dell'Impresa al numero +39.039.98.90.714

Per eventuali reclami scrivere a:
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza – MB – fax 039/6890432 - reclami@nobis.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:
IVASS – Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 ROMA (RM)
Fax 06.42133206 - PEC: ivass@pec.ivass.it

APPENDICE NORMATIVA

In questa sezione vengono richiamate le norme principali citate nel contratto, affinché il Contraente possa comprendere meglio i riferimenti di legge.

CODICE CIVILE

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.
In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.
Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.
L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 – Assicurazione in nome o per conto di terzi:

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli art. 1892 e 1893.

Art. 1898 - Aggravamento del rischio:

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.
L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.
Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.
Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio:

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro:

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.
Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 – Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che, dolosamente, non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.
Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere a tale obbligo l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.
Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.
L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.
Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.
Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.
Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.
La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.
La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 - Criteri di redazione

Il contratto e ogni altro documento consegnato dall'impresa al Contraente va redatto in modo chiaro ed esauriente.
Le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza.

INFORMATIVA AI SENSI DEL CAPO III SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), recante disposizioni in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia"), Titolare del trattamento dei dati personale, fornisce l'Informativa ai soggetti interessati che forniscono i propri dati personali durante il rapporto contrattuale e intende trattare tali dati nell'ambito delle attività prestate dalla Compagnia.

1. Titolare del trattamento
Il Titolare dei trattamenti dei dati personali di cui alla presente informativa è Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con sede legale in via Lanzo 29, 10071 Borgaro Torinese (TO).

2. Tipologia di dati raccolti
I dati raccolti sono dati personali riguardanti persone fisiche identificate o identificabili di cui all'art. 4, par. 1 del GDPR e dati di categorie particolari di cui all'art. 9, par. 1 del GDPR.

3. Finalità
I dati sono raccolti per finalità connesse alle attività della Compagnia come segue:
a) finalità correlate a trattamenti legati all'emissione e gestione di contratti assicurativi stipulati con la Compagnia, alla gestione di obblighi attinenti pratiche di risarcimento danni, all'adempimento di specifiche richieste dell'interessato. Il conferimento dei dati è necessario al perseguimento di tali finalità essendo strettamente funzionali all'esecuzione dei citati trattamenti. Il rifiuto dell'Interessato può comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *Contrattuale*);
b) finalità correlate a obblighi imposti da leggi, regolamenti e disposizioni delle Autorità, normativa comunitaria. Il conferimento, da parte dell'Interessato o di terzi, dei dati necessari al perseguimento di tali finalità è obbligatorio. Un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *legale*);
c) finalità correlate ad attività di post-vendita rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di avere riscontri utili per il miglioramento delle attività oggetto di trattamento ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*);
d) finalità correlate ad attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti dalla Compagnia e dal Gruppo Nobis quali invio di materiale pubblicitario e di comunicazioni commerciali mediante il ricorso a comunicazione tradizionali (quali ad esempio posta cartacea e chiamate con l'intervento dell'operatore), automatizzate (quali ad esempio chiamate senza l'intervento dell'operatore, email, telefax, mms, sms ecc.), nonché mediante l'inserimento dei messaggi pubblicitari e promozionali nell'area del sito web della Compagnia riservata ai propri clienti, prevista ai sensi dell'art. 42 del Regolamento Ivass 41/2018 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*).

4. Modalità di trattamento
I dati sono oggetto di trattamento improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.
La Compagnia garantisce la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati personali raccolti, la non visibilità e la non accessibilità da alcuna area pubblica di accesso.
Il trattamento è svolto in forma automatizzata e/o manuale, ad opera di soggetti appositamente incaricati, in ottemperanza alla sicurezza del trattamento come previsto dall'art. 32 del GDPR.
La Compagnia predispone misure organizzative e tecnologiche idonee affinché questa politica sia seguita all'interno della società al fine di proteggere i dati personali raccolti.
I trattamenti e la conservazione dei dati saranno svolti in Italia. Su richiesta esplicita dell'interessato i dati personali trattati potrebbero essere trasmessi a soggetti esteri coinvolti nella trattazione delle pratiche, fatto salvo impedimenti dettati da normativa stringente, manifesta carenza del soggetto ricevente su misure di sicurezza atte a tutelare la riservatezza dell'informazione trasmessa, indicazioni delle Autorità.

5. Profilazione
La Compagnia non esegue attività di profilazione utilizzando i dati personali raccolti relativi alle finalità di cui al paragrafo 3.

6. Comunicazione e diffusione dei dati
I dati personali trattati per le finalità di cui sopra potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti:
- soggetti interni della Compagnia incaricati dei trattamenti sopraindicati;
- soggetti esterni di supporto ai trattamenti quali medici e organismi sanitari, periti, officine e carrozzerie, soggetti facenti parte della rete distributiva della Compagnia;
- altre funzioni aziendali o soggetti esterni di natura accessoria o strumentale, quali società consortili proprie del settore assicurativo, banche e società finanziarie, riassicuratori, coassicuratori, società incaricate della consegna di corrispondenza, soggetti addetti alle attività di consulenza ed assistenza fiscale, finanziaria, legale, informatica, conservazione dati, revisione contabile e certificazione del bilancio;
- soggetti preposti da provvedimenti delle Autorità di vigilanza alla raccolta dati polizze per finalità statistiche, antifrode, antiriciclaggio, antiterrorismo.
- società controllanti e/o collegate alla Compagnia;
- Autorità pubbliche di controllo, vigilanza e di pubblica sicurezza.

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione
I dati personali raccolti sono inseriti nel database aziendale e conservati per il per il periodo di tempo consentito, o imposto, dalle normative applicabili nella gestione del rapporto contrattuale e per il tempo necessario ad assicurare la tutela legale, a lei ed al Titolare al termine del quale saranno cancellati o resi anonimi entro i tempi stabiliti dalla norma di legge.
Qualora intervenga la revoca del consenso al trattamento specifico da parte dell'interessato, i dati verranno cancellati o resi anonimi entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione della revoca.

8. Diritti dell'interessato
L'interessato può far valere i diritti previsti dall'art. 15 (diritto di accesso dell'interessato), dall'art. 16 (diritto di rettifica), dall'art. 17 (diritto alla cancellazione, "diritto all'oblio"), dall'art. 18 (diritto di limitazione di trattamento), dall'art. 20 (diritto alla portabilità dei dati) e dall'art. 21 (diritto di opposizione) del Regolamento 2016/679, rivolgendosi mediante lettera RR indirizzata alla sede operativa di Agrate Brianza (MB), presso la Direzione Risorse Umane, o mediante e-mail agli indirizzi info@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it.
L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo direttamente all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nei termini previsti dalla normativa vigente e seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su www.garanteprivacy.it.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:
Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)
T + 39 039.9890001
F + 39 039 9890694
info@nobis.it

www.nobis.it

Il presente Set Informativo
è aggiornato alla data del 01 novembre 2023

Set Informativo Salute Persona Comfort - modello AVBG.2023-2023.001 - edizione 01.11.2023